

โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

222 หมู่ที่ 1 ถนนติวานนท์ ตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ต จังหวัดนนทบุรี โทรศัพท์ 0-2502-2398-9, 0-2502-2345 ต่อ 1100, 1111

	7179
เล่มที	
1988	38

ใบรับรองแพทย์

		วันที่	2 3 11. 8. 2551
ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง	พญ.โกมขจี สูขอารีย์ชั ย	ใบประกอบวิชาชีพเ	วชกรรม เลขที่ <i>2</i> 3422
ได้ทำการตรวจรักษา(บาย/บาง/บางสาว	gurata Salvas	เมื่อ เมื่อ	วันที่
ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง ได้ทำการตรวจรักษา นาย/นาง/นางสาว พบว่า	าดบลังวงก 1 สับดาน	(2 3 n.g. 2557
จึงเห็นสมควร	สหวัก	23 - 26 01	VM .
	in une av	lo a	เพทย์ผู้ตรวจรักษา
ลงชื่อผู้รับกา	หมายเหตุ 📉 🔆	ัฟฟฟู,โกมขจิสุขอ ารีเ	ย์ชัน)
<u></u>		•	ยเซ็นแพทย์ผู้ตรวจลงชื่อกำกับ
		เยาบาลชลประทาน ทุกฉบั ารับบริการ ลงชื่อในวันที่อถ	
	•	ารบบรการ สงขอเนวนทอง ฉพาะผู้ป่วยที่มารับการตร	